

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul MARTEIL

Né le 3 décembre 1909.

*a. Rouge (V. Inf.)*

---

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE  
DANS LE CANCER  
DU CORPS DE L'UTÉRUS

---

*Président : M. CH. LENORMANT, Professeur.*

---

F. SOULISSE-MARTIN  
IMPRIMEUR — NIORT

===== 1936 =====



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Paul MARTEIL**

Né le 3 décembre 1909.

---

**DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE  
DANS LE CANCER  
DU CORPS DE L'UTÉRUS**

---

*Président : M. CH. LENORMANT, Professeur.*

---

F. SOULISSE-MARTIN

IMPRIMEUR — NIORT

==== 1936 =====

## I. — Professeurs :

MM.

|                                                                         |                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIÈRE.         |
| Physiologie . . . . .                                                   | LÉON BINET.       |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.           |
| Chimie médicale . . . . .                                               | DESGREZ.          |
| Bactériologie . . . . .                                                 | ROBERT DEBRÉ.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.           |
| Pathologie médicale et générale . . . . .                               | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | ABRAMI.           |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | CHEVASSU.         |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.           |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | HARVIER.          |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                | TANON.            |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .                      | MAURICE VILLARET. |
| Clinique médicale . . . . .                                             | LOEPER.           |
|                                                                         | CARNOT.           |
|                                                                         | CLERC.            |
|                                                                         | MARCEL LABBÉ.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | LEREBoullet.      |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBECOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.         |
|                                                                         | CUNEO.            |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | GOSSET.           |
|                                                                         | GREGOIRE.         |
|                                                                         | LENORMANT.        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.          |
| Clinique urologique . . . . .                                           | MARION.           |
|                                                                         | BRINDEAU.         |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | COUVELAIRE.       |
|                                                                         | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | OMBREDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | PIERRE DUVAL.     |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGEANT.         |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                    | BEZANÇON.         |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.          |
| Cardiologie clinique . . . . .                                          | LAUBRY.           |
|                                                                         | HOVELACQUE.       |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | MULON.            |
|                                                                         | OLIVIER.          |
|                                                                         | VERNE.            |

## II. — Agrégés en exercice :

|                   |                       |                          |                 |
|-------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| AMELINE           | GALLIARD              | LANTUEJOL                | OBERLING        |
| BARIETY           | GASTINEL              | LAROCHE (Guy)            | PETIT-DUTAILLIS |
| BENARD (HENRI)    | DE GAUDART D'ALLAINES | LELONG                   | PIEDELIEVRE     |
| BERNARD (ETIENNE) | DE GENNES             | LEMAIRE                  | PORTES          |
| BESANÇON (JUSTIN) | GAYET                 | LEVEUF                   | RENARD          |
| BOULIN            | GIROUD                | M <sup>lle</sup> J. LEVY | RICHET          |
| BULLIARD          | HAGUENAU              | LEVY-VALENSI             | SANNIE          |
| CATHALA           | HALPHEN               | MENEGAUX                 | SENEQUE         |
| CHEVALLIER        | HAZARD                | MOLLARET                 | TROISIER        |
| COSTE             | HUGUENIN              | MOREAU                   | TURPIN          |
| DOGNON            | JOANNON               | MOULONGUET               | VIGNES          |
| FEY               | LABBE (HENRI)         | MOUQUIN                  | WILMOTH         |
| FUNCK             | LACOMME               |                          |                 |

## III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :

|         |               |               |           |
|---------|---------------|---------------|-----------|
| ALGLAVE | CHAILLEY-BERT | NEVEU-LEMAIRE | PHILIBERT |
| BUSQUET | LEROUX        |               |           |

## IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :

|             |                  |             |            |
|-------------|------------------|-------------|------------|
| ALAJOUANINE | LIAN             | CADENAT     | VELTER     |
| AUBERTIN    | PASTEUR-VALLERY- | GATELLIER   | ECALLE     |
| BRULE       | RADOT            | HEITZ-BOYER | GUENIOT    |
| CHABROL     | SEZARY           | MOURE       | LE LORIER  |
| CHIRAY      | BASSET           | QUENU       | LEVY-SOLAL |
| DONZELOT    | BROCCQ           | SCHWARTZ    | METZGER    |
| DUVOIR      |                  |             |            |

## V. — Chargés de cours :

|                |                |        |            |
|----------------|----------------|--------|------------|
| CHAILLEY-BERT, | LEDoux-LEBARD, | RUPPE  | WEIL-HALLÉ |
| agrégé.        | PHILIBERT,     | agrégé |            |



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance  
et de ma profonde affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

*qui a bien voulu nous faire l'honneur  
de présider cette thèse.*

A NOS MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES RENON

Médaille d'or de Chirurgie des Hôpitaux de Paris,  
Associé national de l'Académie de Chirurgie,

*qui nous a inspiré le sujet de cette  
thèse.*

*Qu'il veuille trouver ici le témoi-  
gnage de notre profonde et respec-  
tueuse gratitude pour l'intérêt qu'il  
n'a cessé de nous porter durant notre  
internat.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. LAFFITTE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,  
Associé national de l'Académie de Chirurgie,

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. JOUBERT

Médecin de l'Hôpital de Niort,

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAINT-PAUL

Médecin de l'Hôpital Sanatorium de Niort,

*Qu'ils veuillent agréer l'expression  
de notre sincère reconnaissance pour  
l'excellent enseignement qu'il nous ont  
donné.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

---

## INTRODUCTION

---

On admet que le cancer du corps de l'utérus est moins fréquent que celui du col et que son facteur de gravité est moindre.

Pour pallier à cette affection, plusieurs traitements ont eu la faveur des chirurgiens :

- le traitement radiothérapique;
- le traitement chirurgical : hystérectomie vaginale et hystérectomie abdominale.

Notre étude n'a pas pour but de faire une revue générale de la question, ni d'ériger en règle telle ou telle méthode; elle est uniquement basée sur les résultats que nous avons relevés à l'Hôpital de Niort.

Nous étudierons succinctement :

- 1° La lésion cancéreuse, son siège, ses voies de propagation.
- 2° Les éléments qui nous permettent d'établir un diagnostic ferme en insistant sur l'Hystérographie et le prélèvement biopsique.

3° Nous rechercherons ensuite quel est le traitement de choix d'après les classiques, d'après nos recherches bibliographiques.

4° Enfin, nous donnerons notre documentation personnelle en comparant les résultats obtenus par les deux techniques employées par les docteurs Renon et Laffitte : Hystérectomie abdominale et Hystérectomie vaginale.

De cette étude comparative découleront des conclusions qui, nous le disons de suite, seront en faveur de l'intervention donnant, au point de vue opératoire, le minimum de shock, à savoir *l'Hystérectomie vaginale*.

---

## CHAPITRE PREMIER

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

---

Deux faits essentiels semblent dominer la thérapeutique du cancer du corps de l'utérus :

A) *L'anatomie topographique* et pathologique de la lésion cancéreuse, d'une part;

B) *Ses voies de propagation*, d'autre part.

#### A. — ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET PATHOLOGIQUE : LA LÉSION

a) Au point de vue macroscopique, deux formes de cancer peuvent se rencontrer :

*La forme circonscrite* dans laquelle on a une masse ovoïde ou arrondie de la grosseur d'une amande ou d'une noix, grisâtre, friable, saignante, sessile ou pédiculée et qui occupe en général le fond de l'utérus.

*La forme diffuse* s'étendant en surface, infiltrant largement la muqueuse du corps qui est épaissie, tomenteuse et comme déchiquetée : le haut de la cavité utérine étant infiltré de la sorte, la partie inférieure de la muqueuse peut être le siège d'une endométrite diffuse, ulcéreuse, végétante ou non, indemne de cancer, mais enflammée par les produits venant du néoplasme.

b) Au point de vue microscopique, dans ces deux cas, il s'agit tantôt d'un épithélioma cylindrique typique dans lequel on reconnaît l'architecture glandulaire, tantôt d'un carcinome atypique où l'on trouve toutes sortes de transitions entre le cancer cylindrique et l'épithélioma pavimenteux stratifié, type qui répond au cancer du museau de tanche.

Quoi qu'il en soit, ce qui nous intéresse, c'est le fait que cet *épithélioma cylindrique* reste limité à la muqueuse corporéale, tout au moins au début.

L'infiltration en profondeur est tardive : après la paroi utérine, la vessie, le rectum, le péritoine, peuvent être envahis, donnant de la péritonite localisée ou même de l'ascite cancéreuse. Mais à cette période cela n'a plus d'intérêt au point de vue chirurgical, car il est désormais trop tard pour intervenir.

## B. — VOIES DE PROPAGATION

Comme dans tous les épithéliomas, la propagation se fait par les collecteurs lymphatiques : dans ce cas particulier, ceux du système utérin. Ceux-ci, parfaitement étudiés par Rouvière, Cunéo, Marcille, peuvent être répartis en trois pédicules :

a) *Un pédicule principal utéro-ovarien ou lombaire* se composant de 4 à 6 troncs qui sortent de la paroi au-dessous de la corne utérine; pénètrent dans l'épaisseur du ligament large en suivant le trajet des veines utéro-ovariennes; remontent dans la cavité abdominale pour se jeter finalement dans les ganglions lombaires *juxta-aortiques*.

b) *Un pédicule accessoire* (transversal ou iliaque externe) qui comprend, pour Cunéo et Marcille, un seul tronc se détachant du corps à la hauteur de la corne utérine et se *terminant* dans les ganglions de la *chaîne moyenne du groupe iliaque externe*, au niveau de l'angle de bifurcation de l'Artère iliaque primitive.

c) *Un pédicule antérieur ou du ligament rond*, qui accompagne le ligament rond dans le canal inguinal et se jette dans un ganglion inguinal superficiel du *groupe supéro-interne*.

Au point de vue anatomique pur, il existerait un tronc anastomotique latéro-utérin qui, pour Leveuf et Godard, établirait une liaison du corps vers le col.

Pratiquement, le *pédicule supérieur* ou *lombaire* résume la circulation lymphatique du corps utérin. Mais l'expérience clinique et thérapeutique nous montre que le retentissement ganglionnaire est tardif et que les territoires lymphatiques restent très longtemps indemnes, n'étant atteints que lorsque le paramètre est déjà cancérisé. Il est donc inutile de s'attacher à enlever le relai ganglionnaire qui est d'ailleurs inaccessible.

## CHAPITRE II

### DIAGNOSTIC

---

Il s'agit en général de malades âgées, ayant souvent dépassé la cinquantaine ou la soixantaine.

#### MÉTRORRAGIES

La ménopause a eu lieu normalement. Puis au bout d'un laps de temps variable, dépassant parfois une dizaine d'années, sont apparues des *métrorragies* de moyenne abondance, continues, non influencées par le repos et s'accompagnant parfois d'hydrorrhées et de pertes roussâtres plus ou moins fétides, tachant le linge en cocarde. Parfois il y a véritable pyorrhée survenant par gorgées à l'occasion de la station debout, de la marche ou d'un effort.

#### DOULEURS

Bien que très variables, des *douleurs* peuvent exister, tantôt de type paroxystique, tantôt vagues, légères avec irradiation lombaire, sensation de tiraillement ou de pesanteur périnéale.

En pratique, ces douleurs sont des plus inconstantes et nous ne nous basons pas sur ce signe qui a une valeur presque nulle.

Le symptôme capital qu'il faut retenir et qui nous fait suspecter le cancer du corps est la métrorragie survenant plus ou moins longtemps après la ménopause.

## SIGNES PHYSIQUES

Systématiquement, il faut pratiquer le toucher, l'examen au spéculum, l'hystérométrie.

Le plus souvent, nous trouvons un col sain, un utérus ramolli et légèrement augmenté de volume. Ce simple toucher vaginal ne suffit donc pas toujours pour établir le diagnostic.

Le premier complément d'examen à faire est l'hystérométrie :

- celle-ci provoque souvent une petite hémorragie;
- dans certains cas, elle nous donne un allongement de la cavité utérine;
- dans d'autres cas plus exceptionnels encore, on voit émerger à travers le col un bourgeon néoplasique qu'on s'empressera de saisir pour l'envoyer au laboratoire.

Mais, dans l'immense majorité des cas, le simple examen physique n'apporte que peu de renseignements précis.

C'est pourquoi nous le complétons par :

- l'hystérographie,
- et le prélèvement biopsique qui nous permettent de différencier le cancer du corps d'une *métrite sénile*, ou d'un *polype sous-muqueux* revêtant le plus souvent le même tableau clinique.

## L'HYSTÉROGRAPHIE

D'abord nous pratiquons l'hystérographie vantée par Bécclère, qui peut donner :

- en cas de tumeur végétante du fond utérin, une zone non occupée par le lipiodol ;
- en cas de cancer d'une face, une image lacunaire ;
- en cas de tumeur diffuse, une ombre déchiquetée irrégulière avec des contours plus ou moins flous.

On a reproché à l'hystérogaphie de provoquer de l'infection, le lipiodol pouvant chasser des cellules cancéreuses dans le péritoine à travers les trompes.

Pour notre part, nous avons observé des élévations thermiques à plusieurs reprises.

En outre, l'Hystérogaphie nous semble insuffisante, surtout si l'on a affaire à un cancer au début ou à un petit polype pouvant passer inaperçu.

### PRÉLÈVEMENT BIOPSIQUE

Nous disposons par contre d'un procédé de diagnostic remarquable : le prélèvement biopsique.

Nous le pratiquons *sans anesthésie générale*. Le col peut être entr'ouvert et nous permettre de passer une fine curette. Sinon on pose des lamineaires jusqu'à dilatation suffisante. On se sert d'une curette tranchante. On l'introduit dans la cavité utérine et l'on explore ses différentes régions, en passant un peu partout, sans racler fortement la muqueuse.

La plupart du temps, dans les cas positifs, le premier coup de curette ramène un fragment de muqueuse suffisamment important pour pouvoir faire l'examen histologique.

C'est une question de doigté. Il faut procéder avec douceur et avoir une certaine habitude.

Cette méthode a été critiquée par J.-L. Faure et certains auteurs qui la trouvent :

*Dangereuse.* — Des accidents ont été signalés, tels que :

— la perforation utérine, si l'utérus est friable ;

— les risques d'infection, parce qu'on opère en milieu septique. Mais ceux-ci n'ont jamais été observés dans le service.

*Insuffisante.* — Reproche plus grave : on l'a accusée d'être insuffisante comme moyen de diagnostic, la curette pouvant ne pas explorer une région minime qui peut cependant être le point de départ d'une lésion cancéreuse. Jusqu'à preuve du contraire,

nous la considérons comme efficace, car toutes les fois où nous avons suspecté le cancer du corps, la biopsie a été positive.

*Inutile.* — Enfin, elle est inutile, disent certains, et pour plus de simplicité, nous pourrions nous en tenir à cette règle de J.-L. Faure acceptée par Duval, Polloson, Tixier et Bisch : « Toute femme qui perd après sa ménopause a tellement de chance d'avoir un cancer du corps qu'il faut — sans complément d'information — lui faire une hystérectomie. »

Cette formule nous semble exagérée pour deux raisons :

— d'abord il est abusif de conclure à un cancer du corps même chez une femme âgée qui présente des métrorragies, celles-ci pouvant être dues assez souvent à une métrite sénile ou à un polype intra-utérin ;

— d'autre part, nous estimons ne pas devoir hystérectomiser systématiquement nos malades, surtout s'il y a le moindre doute, l'hystérectomie étant malgré tout une opération sérieuse.

Nous concluons donc, avec Leclerc et Laffitte : « Chez une femme qui a dépassé la ménopause et qui perd sans avoir rien au col, il faut suspecter le cancer du corps et s'efforcer d'établir ou d'infirmer le diagnostic d'une façon qui soit absolument certaine. »

C'est le prélèvement biopsique qui lèvera tous les doutes et nous dictera notre ligne de conduite :

La biopsie a-t-elle été négative ? Un traitement médical est institué (chlorure de zinc, par exemple, en cas de métrite hémorragique). Si les hémorragies persistent, nous revoyons nos malades et nous faisons un nouveau prélèvement.

D'ailleurs, en cas de biopsie négative, nos malades ont été suivies et l'expérience nous a montré chaque fois qu'il n'y avait pas de lésion cancéreuse.

Evidemment, en cas de réponse positive du laboratoire, nous intervenons.

### CHAPITRE III

## MÉTHODES DE TRAITEMENT

---

La radiothérapie et la curiethérapie, d'une part ;  
La chirurgie, d'autre part, sont les deux méthodes de traitement dont nous disposons à l'heure actuelle.

A. — En ce qui concerne la *radiothérapie*, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que c'est une méthode insuffisante.

Nous verrons cependant, dans nos observations personnelles, que nous avons eu recours à la radiothérapie profonde :

a) *A titre préventif* (un mois après l'intervention) : dans ce cas, il nous est difficile d'avoir une opinion, étant donné l'ablation de l'utérus cancérisé.

b) *A titre thérapeutique*, pour des récidives inaccessibles : dans ce cas, des résultats déplorables furent enregistrés.

Certains reconnaissent une certaine valeur à la *curiethérapie*, mais considèrent, avec Regaud, qu'elle est aveugle, dangereuse parfois et « ne donne que des résultats médiocres ». Elle n'est donc à conseiller qu'en cas d'inopérabilité ou de récidive.

Nous avons fait des applications d'emblée de radium chez des malades qui nous semblaient inopérables (obs. 7 et 9), avec des résultats suffisamment bons pour que nous puissions opérer dans des conditions normales.

Un deuxième mode d'application a été utilisé en cas de récidives locales observées chez des femmes qui avaient eu le plus souvent une héli-section au cours de l'intervention (obs. 5, 8, 10 et 15) ; mais dans ces cas, les résultats furent franchement mauvais.

B. — La chirurgie est donc préconisée par tous et nous avons le choix entre deux procédés : l'Hystérectomie vaginale, l'Hystérectomie abdominale.

D'après les classiques (encyclopédie médico-chirurgicale), le traitement du cancer du corps ne prête pas à discussion, l'Hystérectomie abdominale totale doit être pratiquée systématiquement dès le diagnostic posé.

« Traité de gynécologie », Forgues et Massabuau : « L'hystérectomie abdominale totale, simple, sans dissection préalable des uretères, est l'opération logique et suffisante. »

Lecène et Leriche disent également : « L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix. »

Bégouin, dans son livre de Pathologie chirurgicale : « Longtemps on a fait l'hystérectomie vaginale, mais l'utérus était souvent gros et le vagin rétréci chez la plupart des vieilles femmes. L'hystérectomie abdominale est aujourd'hui le procédé de choix pour le plus grand nombre des chirurgiens. »

Enfin, dans le Précis de cancérologie de Ducuing : « L'hystérectomie abdominale est le procédé de choix. L'hystérectomie vaginale est une bonne opération, mais elle ne permet pas de voir les lésions annexielles qui peuvent gêner l'exérèse. Elle est cependant à conseiller dans certains cas. »

Classiquement, on enseigne donc que l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix, tandis que la vaginale ne vit que des contre-indications de l'abdominale : obésité, malades en mauvais état général (cœur et reins déficients).

Nos recherches bibliographiques, qui ont été fatalement limitées, étant éloigné de bibliothèques importantes, nous ont donné des conclusions toutes différentes de ces opinions classiques.

Shelton Hirsley, dans *American Journal of Surgery of bibliographie*, écrit un article qui constitue un véritable plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale. Il apporte les statistiques de 22 cancers opérés par cette voie. Il compte 19 survies :

6 de 5 à 7 ans,  
7 de 3 à 5 ans,  
6 de 1 à 3 ans.

W. Schilling, de Leipzig, donne également sa préférence à l'hystérectomie vaginale qu'il pratique du reste même en cas de cancer du col par le procédé de Schauta. Il prétend que la mortalité opératoire est moindre qu'avec l'hystérectomie abdominale.

F.-V. Mickulicz, Radecki et Volbracht (Berlin), dans « Suites opératoires du cancer de l'utérus », discutent l'emploi de la radiumthérapie qu'ils réservent aux cas avancés, et préconisent au point de vue chirurgical l'hystérectomie vaginale qu'ils considèrent comme la méthode de choix.

Plus intéressant encore est le travail de Hamant et Vichard : « A propos du traitement du cancer du corps utérin », paru dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Ils donnent leur statistique de 20 hystérectomies abdominales et de 18 hystérectomies vaginales.

« L'hystérectomie vaginale, disent-ils, est pratiquée de plus en plus par les chirurgiens et subit actuellement une véritable réhabilitation. La voie vaginale est en effet beaucoup moins choquante que la voie abdominale. Nous la croyons particulièrement indiquée chez les malades très âgées (c'est très souvent le cas pour les cancers du corps utérin), chez les obèses ou les tarées. C'est même souvent la seule intervention possible. Nous verrons plus loin que les résultats obtenus sont au moins aussi bons que ceux de l'hystérectomie abdominale...

« **RÉSULTATS.** — Nous avons eu à déplorer quatre morts post-opératoires qui se répartissent ainsi :

« *Voie haute.* — Trois morts, l'une de collapsus cardiaque chez une femme de soixante-sept ans, opérée il y a quatre ans, alors que nous ne pratiquions que très rarement la vaginale; les deux autres par péritonite. Dans un de ces deux échecs, il s'agissait d'un cancer total de l'utérus et on avait pratiqué un Wertheim.

« *Voie basse.* — Une mort par péritonite lente. L'abaissement de l'utérus, très difficile, avait nécessité son morcellement.

« Dans notre statistique, les résultats immédiats donnent donc une mortalité globale de 10 % qui se décompose comme suit :

15 % pour la voie abdominale, 5 % pour la voie vaginale. Celle-ci apparaît donc comme nettement moins grave, d'autant qu'elle concerne généralement des femmes en moins bon état ou plus âgées. Là est, nous l'avons dit, son indication essentielle.

« La moyenne de mortalité des autres statistiques est de 10 %. Kammiker, de Vienne, partisan de l'hystérectomie vaginale, a abaissé nettement sa mortalité opératoire au-dessous de 10 %. Notre série de 18 cas, choisis parmi les moins bons, compte 5 % d'échecs avec une seule observation où l'on dut recourir à la voie haute en deuxième temps.

« Dans l'étude de nos résultats éloignés, nous ne tiendrons pas compte de 9 malades opérées depuis moins d'un an et qui sont toutes actuellement en bonne santé. Des 25 opérées restantes, 20 ont répondu à notre appel, qui se répartissent comme suit :

|                                                   |   |   |       |   |   |                                         |   |   |   |
|---------------------------------------------------|---|---|-------|---|---|-----------------------------------------|---|---|---|
| 1 opérée depuis 6 ans : hystérectomie abdominale. |   |   |       |   |   |                                         |   |   |   |
| 4                                                 | » | » | 5     | » | 3 | hystérectomies abdominales, 1 vaginale. |   |   |   |
| 6                                                 | » | » | 4     | » | 3 | »                                       | » | 3 | » |
| 2                                                 | » | » | 3     | » | 1 | »                                       | » | 1 | » |
| 4                                                 | » | » | 2     | » | 1 | »                                       | » | 3 | » |
| 3                                                 | » | » | 1     | » | 1 | »                                       | » | 2 | » |
| <hr/>                                             |   |   | <hr/> |   |   | <hr/>                                   |   |   |   |
| 20                                                |   |   | 10    |   |   | 10                                      |   |   |   |

« Malgré cette statistique éloquente où l'on voit que l'hystérectomie vaginale faite chez des femmes plus ou moins tarées a donné d'aussi bons résultats que l'abdominale, Hamant et Vichard concluent : L'hystérectomie abdominale reste l'opération de choix, mais la voie vaginale permet d'opérer des femmes très âgées en mauvais état, avec une mortalité opératoire moindre et des résultats éloignés aussi satisfaisants. »

Leclerc, de Dijon, et avec lui beaucoup de chirurgiens actuels, tentent de la réhabiliter d'une façon définitive. De nos recherches bibliographiques, il résulte qu'elle n'a plus l'injuste discrédit d'autrefois, et si certains font encore des réserves quant à son emploi, tout le monde est d'accord pour reconnaître combien elle peut être précieuse. Ses indications n'ont-elles pas été trop restreintes jusqu'à présent ?

## CHAPITRE IV

### DOCUMENTATION PERSONNELLE INÉDITE

---

Nous avons pu, pendant notre internat à l'Hôpital de Niort, avoir l'occasion de suivre quelques malades atteintes de cancer du corps et assister aux interventions; nous en donnons les observations. Mais le fond de notre documentation a été puisée dans les archives personnelles des docteurs Renon et Laffitte; de sorte que, grâce à leur obligeance, nous pouvons présenter un ensemble de 88 observations se répartissant en 68 observations de cancer du corps traitées par l'hystérectomie abdominale, et 20 autres traitées par l'hystérectomie vaginale.

La disproportion observée ne tient pas à la préférence des auteurs pour l'hystérectomie abdominale, mais à ce fait qu'après avoir presque systématiquement, au début de leur pratique, fait des abdominales, réservant la vaginale aux cas inopérables par la voie haute, ils se sont aperçus bientôt des avantages inappréciables que procurait la voie basse. De sorte qu'actuellement, presque tous les cancers du corps utérin sont opérés par voie basse.

Voici d'abord un tableau qui résume les 68 observations d'hystérectomie abdominale.

| Numéro<br>des<br>observations | Age<br>des<br>malades | Suites<br>immédiates | Survie  | Remarques                                                                  |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1.....                        | 56 ans.               | Guérie.              |         |                                                                            |
| 2.....                        | 54 »                  | Morte.               |         | Résection de l'uretère.                                                    |
| 3.....                        | 41 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 4.....                        | 51 »                  | Morte.               |         |                                                                            |
| 5.....                        | 59 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 6.....                        | 51 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 7.....                        | 55 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 8.....                        | 57 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 9.....                        | 59 »                  | Morte.               |         | Résection de l'S iliaque et de<br>l'uretère.                               |
| 10.....                       | 52 »                  | Morte.               |         | Cancer de l'ovaire gauche.                                                 |
| 11.....                       | 56 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 12.....                       | 62 »                  | Morte.               |         |                                                                            |
| 13.....                       | 45 »                  | Guérie.              | 23 ans  | Est encore en excellent état.                                              |
| 14.....                       |                       | Guérie.              | 2 »     | Morte de récurrence.                                                       |
| 15.....                       | 53 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 16.....                       | 70 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 17.....                       | 66 »                  | Guérie.              |         | Malade exsangue.                                                           |
| 18.....                       | 64 »                  | Morte.               |         |                                                                            |
| 19.....                       | 53 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 20.....                       | 51 »                  | Guérie.              | 17 »    | Est encore en excellent état.                                              |
| 21.....                       |                       | Guérie.              |         |                                                                            |
| 22.....                       | 50 »                  | Guérie.              |         | Plus cancer de l'ovaire gauche.                                            |
| 23.....                       | 47 »                  | Guérie.              | 16 »    | Encore en excellent état local<br>et général.                              |
| 24.....                       | 51 »                  | Guérie.              |         | Plus cancer de l'ovaire droit.                                             |
| 25.....                       | 56 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 26.....                       | 64 »                  | Guérie.              | 1 »     | Morte de récurrence.                                                       |
| 27.....                       | 55 »                  | Guérie.              | 15 »    | Très bon état actuel.                                                      |
| 28.....                       | 61 »                  | Morte.               |         | Mort subite au septième jour.                                              |
| 29.....                       | 57 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 30.....                       | 65 »                  | Guérie.              | 1 »     |                                                                            |
| 31.....                       | 55 »                  | Morte.               |         |                                                                            |
| 32.....                       | 56 »                  | Guérie.              | 4 »     | Morte de récurrence.                                                       |
| 33.....                       | 52 »                  | Guérie.              | 6 mois. | Cancer colloïde de l'ovaire<br>droit.                                      |
| 34.....                       | 60 »                  | Guérie.              |         |                                                                            |
| 35.....                       | 56 »                  | Morte.               |         | Mort subite au quinzième<br>jour.                                          |
| 36.....                       | 67 »                  | Guérie.              |         | Opérée six ans après de sté-<br>nose du pylore, d'allure néo-<br>plasique. |

| Numéro<br>des<br>observations | Age<br>des<br>malades | Suites<br>immédiates | Survie  | Remarques                                                                              |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 37.....                       | 56 ans.               | Guérie.              | 12 ans. | Toujours vivante en bon état.                                                          |
| 38.....                       | 61 »                  | Guérie.              | 1 »     | Morte de cachexie.                                                                     |
| 39.....                       | 51 »                  | Guérie.              | 11 »    | Revue en très bon état.                                                                |
| 40.....                       | 52 »                  | Morte.               |         |                                                                                        |
| 41.....                       | 64 »                  | Guérie.              | 4 »     |                                                                                        |
| 42.....                       | 58 »                  | Guérie.              | 6 »     | Morte d'affection cardiaque.                                                           |
| 43.....                       | 59 »                  | Guérie.              | 11 »    | Toujours en bon état.                                                                  |
| 44.....                       | 59 »                  | Morte.               |         |                                                                                        |
| 45.....                       | 50 »                  | Guérie.              | 10 »    | Revue très bon état.                                                                   |
| 46.....                       | 66 »                  | Guérie.              |         | Revue cinq ans après avec<br>récidive vaginale qu'on a<br>irradiée.                    |
| 47.....                       | 56 »                  | Guérie.              |         |                                                                                        |
| 48.....                       | 63 »                  | Guérie.              | 6 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 49.....                       | 53 »                  | Guérie.              | 6 »     | Revue très bon état, adéno-<br>pathie sus-claviculaire gau-<br>che (biopsie négative). |
| 50.....                       | 56 »                  | Guérie.              | 6 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 51.....                       | 52 »                  | Guérie.              | 6 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 52.....                       | 54 »                  | Guérie.              | 5 »     |                                                                                        |
| 53.....                       | 56 »                  | Guérie.              | 5 »     |                                                                                        |
| 54.....                       | 60 »                  | Guérie.              | 5 »     | Revue excellent état.                                                                  |
| 55.....                       | 58 »                  | Guérie.              | 5 »     | Revue excellent état.                                                                  |
| 56.....                       | 56 »                  | Guérie.              | 1 »     | Récidive locale 10 mois après,<br>irradiée en mai, morte en<br>septembre.              |
| 57.....                       | 57 »                  | Guérie.              | 5 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 58.....                       | 39 »                  | Guérie.              | 4 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 59.....                       | 54 »                  | Guérie.              | 4 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 60.....                       | 51 »                  | Morte.               |         | Septicémie post-opératoire.                                                            |
| 61.....                       | 55 »                  | Guérie.              | 3 »     |                                                                                        |
| 62.....                       | 50 »                  | Guérie.              | 2 »     | Complication : deux gros<br>kystes ovariens.                                           |
| 63.....                       | 55 »                  | Guérie.              | 2 »     | Revue très bon état.                                                                   |
| 64.....                       | 55 »                  | Guérie.              |         | Récidive cervicale un an<br>après, irradiée.                                           |
| 65.....                       | 58 »                  | Guérie.              |         | Revue excellent état.                                                                  |
| 66.....                       | 55 »                  | Guérie.              | 1 »     | Morte d'occlusion.                                                                     |
| 67.....                       | 53 »                  | Guérie.              |         | Propagation au vagin et au<br>sigmoïde.                                                |
| 68.....                       | 61 »                  | Morte.               |         | Salpingite suppurée, morte<br>d'infection.                                             |

La lecture de ce tableau permet quelques conclusions intéressantes : et tout d'abord d'apprécier la gravité de cette intervention.

Nous notons, en effet, que ces 68 interventions ont entraîné 13 morts, soit 19 % de mortalité.

Si on recherche l'évolution de cette mortalité dans le temps, on constate qu'avant guerre 17 interventions ont donné 9 morts, soit 29 %, alors qu'après guerre 51 opérations n'ont plus donné que 8 décès, soit 15 % de mortalité.

C'est là la reconnaissance d'un fait général, à savoir que l'expérience chirurgicale ne s'acquiert qu'avec la pratique.

Voici pour la *mortalité immédiate*.

Nous avons essayé de retrouver les malades opérées. Nous avons pu avoir des nouvelles de 37. Sur ce nombre, 24 sont encore en vie, 13 sont mortes.

La mort de ces 13 malades est survenue :

|   |                                                |  |
|---|------------------------------------------------|--|
| 1 | au bout de 6 ans, de complications cardiaques. |  |
| 2 | » » 5 » de récidives ou généralisations.       |  |
| 2 | » » 4 » » »                                    |  |
| 1 | » » 3 » » »                                    |  |
| 1 | » » 2 » » »                                    |  |
| 5 | » » 1 » » »                                    |  |
| 1 | » » 6 mois, » »                                |  |

Les 24 malades survivantes ont toutes été revues ces jours-ci, et elles sont toutes en excellent état local et général.

Or, nous trouvons qu'elles ont été opérées :

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1, il y a 23 ans. | 1, il y a 8 ans. |
| 1, » 17 »         | 4, » 6 »         |
| 1, » 16 »         | 3, » 5 »         |
| 1, » 15 »         | 2, » 4 »         |
| 2, » 12 »         | 2, » 2 »         |
| 2, » 11 »         | 3, » 1 »         |
| 1, » 10 »         |                  |

Il résulte de cette série d'observations que le cancer du corps utérin est en général de diagnostic facile. Dans les cas douteux (12 fois), une biopsie a été faite et elle a toujours donné un résultat positif; actuellement, on pratique systématiquement à

Niort le prélèvement biopsique. Nous n'avons jamais trouvé, dans le dépouillement des archives, d'hystérectomies faites préventivement, comme le conseille J.-L. Faure. Par contre, nous avons plusieurs fois trouvé des observations de femmes ayant présenté des pertes sanglantes après une période plus ou moins longue d'aménorrhée, et chez lesquelles la biopsie ayant donné un résultat négatif, aucune intervention n'a été pratiquée. Ces femmes suivies n'ont point présenté de cancer utérin.

Un autre fait important est la qualité de la guérison, ce qui confirme ce qu'on lit dans tous les auteurs : *le cancer du corps utérin peut parfaitement guérir de façon définitive au prix d'une intervention théoriquement incomplète.*

Nous donnons maintenant les 20 observations d'hystérectomies vaginales :

OBS. 1 (7929). — M<sup>me</sup> B..., cinquante-sept ans.

Entrée le 23 janvier 1922, présentant les signes probables de cancer du corps utérin.

Un contrôle *biopsique* donne un résultat positif. La malade est obèse et on pratique une *hystérectomie vaginale* sous rachi-anesthésie.

La malade sort guérie le 25 mars 1922.

Elle est morte en 1929 d'une congestion pulmonaire.

Pendant les sept années qui ont suivi l'intervention, la malade n'a accusé aucune douleur.

OBS. 2 (8036). — M<sup>me</sup> F..., soixante-deux ans.

Entrée le 3 avril 1922.

Présente depuis deux ans des pertes d'eau rousse et quelques hémorragies, alors que sa ménopause a eu lieu plusieurs années auparavant. Mauvais état général, femme obèse.

Hystérectomie vaginale sous rachi-anesthésie le 6 avril 1922.

Sort guérie le 26 avril 1922.

Décédée quelques mois après de cachexie.

OBS. 3 (8283). — M<sup>me</sup> G..., soixante-huit ans.

Entrée le 1<sup>er</sup> août 1922, pour des pertes sales, abondantes, qui s'accompagnent d'un gros utérus et qui font poser le diagnostic de cancer du corps.

Hystérectomie vaginale sous rachi-anesthésie.

Sort guérie le 4 septembre 1922.

N'a pu être retrouvée.

OBS. 4 (88 CL.). — M<sup>me</sup> G...

Entrée le 26 juillet 1932, pour des signes habituels d'un néo du corps utérin.

La malade est énorme et on pratique une hystérectomie vaginale le 26 juillet 1932, sous anesthésie épidurale.

Bonnes suites immédiates.

Mort subite le 29 juillet.

OBS. 5 (17.404). — M<sup>me</sup> V..., cinquante-deux ans.

Entrée le 11 avril 1932.

La malade vient pour des métrorragies qui durent depuis vingt-deux mois; alors que son retour d'âge a eu lieu douze ans auparavant.

Examen extrêmement difficile à cause du volume de la malade. Toutefois, on constate que l'utérus n'est pas augmenté de volume; le col est sain; cavité 10.

On met des lamineires pendant trois jours et l'on fait des instillations au chlorure de zinc.

Malgré le traitement au chlorure de zinc, les pertes continuent aussi abondantes et on décide de faire une vaginale le 12 avril 1932. Urée sanguine, 0,25.

Le 25 avril, devant l'impossibilité de faire une épidurale, on fait une anesthésie générale au chloro.

Hystérectomie vaginale en s'aidant d'un débridement latéral; on extirpe un utérus présentant un volumineux épithélioma du fond de la cavité.

Pinces à demeure enlevées au bout de trois jours.

Le lendemain, on enlève le tampon.

Au quinzième jour, la malade est en excellent état, la cicatrice génitale est presque fermée et la plaie périnéale est en voie de cicatrisation.

Sortie le 21 mai 1932.

Le 9 mars 1935, la malade est revue et est en parfait état au point de vue local, mais présente une petite masse ganglionnaire dans l'aîne gauche.

La malade revient le 25 octobre 1935. Fond du vagin cicatrisé, ulcéré, saignant.

8 aiguilles radium 50 mgr. pendant cinq jours.

Sort le 23 novembre 1935.

Revue le 20 février 1936, souffrant. Au toucher, le fond du vagin forme une masse infiltrée et fixée.

Décédée quelques mois plus tard.

OBS. 6 (18.691). — M<sup>me</sup> B., cinquante-sept ans.

Entrée le 4 mars 1933.

Malade envoyée pour des pertes sanguinolentes très abondantes. Celles qu'on voit sont roussâtres, n'ont pas beaucoup d'odeur, mais ont l'air abondantes.

A l'examen, il est impossible de se rendre compte du volume de l'utérus, étant donné l'obésité de la malade. Le col est effacé; l'hystéromètre indique l'augmentation de la cavité.

On fait une hystérogaphie qui donne nettement une image de néo du corps.

Le 10 mars 1933, anesthésie épidurale complétée par une petite bouffée.

Hystérectomie vaginale, avec débridement vaginal gauche.

La pièce confirme très exactement l'image radio.

Le deuxième jour, la malade fait un peu de délire nocturne avec une poussée urémique à 0,85 qui cède assez rapidement.

Ablation des pinces le 14 et d'une partie de la mèche.

Le 16 mars, l'urée n'est plus qu'à 0,46.

Bonnes suites.

Dans les jours qui suivent, on enlève successivement toutes les mèches. La température n'a jamais dépassé 37°5.

Sortie le 28 mars 1933.

Revue en 1936 en excellent état.

OBS. 7 (18.876). — M<sup>me</sup> C., cinquante-quatre ans.

Entrée le 26 avril 1933.

Malade qui, après son retour d'âge, a commencé à perdre il y a trois ans. Ecoulement teinté, quelquefois même franchement hémorragique, jamais très abondant; ce n'est que parce qu'elle a souffert ces temps derniers qu'elle a consulté.

A l'examen, on trouve un fond de vagin rétracté, le col est rempli de végétations mollasses saignant abondamment au moindre contact; l'utérus semble augmenté de volume et fixé dans l'excavation, mais les culs-de-sac, tout en étant rigides, ne semblent pas complètement blindés.

Le 27, anesthésie générale au kélène.

Quelques coups de compresses suffisent à enlever tous les bourgeons charnus au col qui présente alors une cavité dans laquelle on place 80 milligrammes de radium pendant quatre jours.

*Examen histologique.* — Epithélioma développé aux dépens de la muqueuse du *corps utérin*.

Sortie le 5 mai 1933.

La malade est revue le 13 juin dans un état général excellent; elle ne souffre plus et ne saigne pas, présente simplement quelques pertes sales. Au toucher, on trouve toujours la rétraction du vagin et, au fond, un petit col dur et lisse. Les culs-de-sac sont encore rigides.

Revient le 10 août 1933. A la suite de son application de radium, les pertes ont considérablement diminué. L'état local s'est modifié, le col utérin a un aspect normal, les culs-de-sac sont devenus souples et la masse utérine a diminué de volume. Il persiste un suintement fétide et ce n'est qu'avec difficulté (le vagin se dépliant mal) qu'on arrive à trouver l'orifice utérin qui se trouve au niveau de la commissure droite.

Le 11, on introduit une tige de façon à préparer pour une nouvelle application de radium.

5 aiguilles du 12 au 14 août 1933. Sortie le 15 août 1933.

La malade revient le 17 octobre 1933. Du côté utérin, on trouve une mobilité importante avec un aspect lardacé des culs-de-sac; le fond du vagin est transformé en un canal rétréci qui ne permet plus de sentir le col. Ecoulement constant d'un liquide sagineux fétide. L'état général est toujours mauvais. On remonte la malade pendant quelques jours.

Le 25 octobre, anesthésie épidurale.

Hystérectomie vaginale (Schauta). Celle-ci est rendue difficile parce qu'on est obligé de faire une colpo-hystérectomie.

*Examen de la pièce.* -- Cancer total de l'utérus avec destruction complète du col.

Sortie le 20 novembre 1933.

Revue en 1936, en parfait état local et général.

OBS. 8 (19.444). — M<sup>me</sup> L..., soixante-cinq ans.

Malade entrée le 18 septembre 1933, pour des métrorragies survenues après la période de ménopause.

On dilate et on fait une biopsie parce qu'on pense à un néo.

*Examen histologique.* — Epithélioma cylindrique du corps utérin. Sortie le 25 septembre 1933.

La malade revient le 6 octobre 1933. Elle est obèse et a un très mauvais état général.

Le 16 octobre 1933, épidurale impossible.

Anesthésie au chloro.

Hystérectomie vaginale avec débridement vaginal.  
Pincés à demeure.

*Examen de la pièce.* — Utérus bourré de noyaux fibreux présentant nettement au niveau du fond utérin une dégénérescence épithélio-mateuse.

Bonnes suites opératoires.

Les pincés sont retirées le quatrième jour, ainsi que le Mickulicz.

Sortie le 19 novembre 1933.

La malade revient le 1<sup>er</sup> mars 1934.

Il reste au niveau de l'incision du vagin, qui avait servi à débrider l'entrée de la vulve, une zone non cicatrisée avec bourgeons charnus importants.

Le 2 mars 1934, anesthésie générale. On excise l'ensemble. On fait une suture plan par plan en remarquant qu'il existe une rectocèle assez prononcée et qu'il n'y a plus de tissus utilisables dans la région médiane.

Quand tout est fini, l'ensemble donne une toute petite vulve.

Bonnes suites.

Sortie le 15 mars 1934.

La malade revient le 2 juillet 1934.

Il existe au niveau, très vraisemblablement à la ligne d'incision de la première intervention, loin du fond du vagin, une sorte de petit bourgeon charnu qu'on excise et qu'on fait examiner *histologiquement*.

*Examen histologique.* — Le fragment soumis à l'examen est constitué par un tissu de néoformation développé aux dépens d'un revêtement muqueux cylindrique. Image d'un épithélioma glandulaire typique.

La malade aurait saigné depuis cinq à six jours.

Sortie le 13 juillet 1934.

La malade revient le 30 octobre 1934.

Présente au niveau de la cicatrice, de place en place, des petits noyaux un peu indurés.

Mise en place de 6 aiguilles de radium de 3 milligrammes chacune pendant quatre jours.

Sortie le 31 octobre 1934.

La malade revient le 3 janvier 1935.

On sent au niveau du vagin à gauche, dans le fond, un noyau assez adhérent, comme une noisette qui a l'air d'être une récidue à ganglions profonds.

On place deux tubes de radium à ce niveau contenant chacun 20 unités. Au niveau de la région inguino-crurale, il existe une masse de la grosseur d'une mandarine qu'on se propose d'irradier.

La première application est laissée pendant trois jours.

La deuxième, après vingt-quatre heures de repos, est appliquée pendant trois autres jours.

La malade sort le 12 janvier 1935.

La malade revient le 25 février 1935 parce que sont apparus, au niveau du périnée et de la vulve, deux noyaux néoplasiques secondaires qu'on enlève au chlorure d'éthyle.

Tentative de fermeture *per primam*.

*Examen histologique.* — Le fragment soumis à l'examen est constitué par une masse néoplasique située sous un revêtement épithélial.

Cette masse a tous les caractères d'un néoplasme développé aux dépens d'une muqueuse à épithélium cylindrique.

La malade revient le 29 juin 1935.

La malade est examinée dans le courant de juin et elle présente une légère phlébite du membre inférieur gauche qui disparaît progressivement.

On fait ensuite une nouvelle séance radiothérapique sur la zone ganglionnaire. Urée sanguine, 0,30.

Sortie le 17 juillet 1935.

Obs. 9 (19.950]. — M<sup>me</sup> P..., quarante-six ans.

Entrée le 5 février 1934.

Malade envoyée pour une tumeur abdominale, accompagnée de quelques pertes hémorragiques.

A l'examen, on voit en effet un utérus augmenté de volume semblant présenter, au niveau de la corne utérine droite, une masse grosse comme une orange et semblant faire corps avec elle. Urée sanguine, 0,33.

Le 9 février 1934, incision médiane sous-ombilicale.

Découverte d'une masse de la grosseur du poing qui dépend de l'ovaire droit.

Néoformation maligne.

Ablation unilatérale des annexes.

Il existe une légère ascite.

On laisse l'utérus en place et l'ovaire gauche qui paraît sain, ainsi que l'appendice.

Fermeture de la paroi.

Bonnes suites.

Sortie le 24 février 1934.

*Examen.* — Epithélioma wolffien de l'ovaire.

Entrée le 24 avril 1934.

La malade revient pour des hémorragies utérines importantes.

Dilatation aux lamineaires pendant cinq à six jours, qui permet de donner un coup de curette de la cavité utérine et d'extraire de gros débris.

Tissu néoplasique développé aux dépens d'un épithélioma glandulaire.

Il est probable que l'épithélioma de l'ovaire, étiqueté épithélioma wolffien, était une greffe secondaire de l'épithélioma du corps.

Placement d'un tube de caoutchouc et de 6 aiguilles de radium (3 milligrammes chacune) gardées quatre jours.

La malade rentre le 19 décembre 1934, parce qu'elle a quelques petites pertes sanglantes.

A l'examen, on ne voit et on ne sent rien. L'orifice externe de la cavité cervicale est à peine franchissable.

Pendant vingt-quatre heures, dilatation au laminaire et mise en place d'un tube de radium pendant vingt-quatre heures.

Sortie le 22 décembre 1934.

La malade revient le 13 avril 1935.

On place 20 milligrammes de radium pendant deux fois quarante-huit heures.

La malade revient le 16 juillet 1935.

La malade revient pour des petits écoulements sanglants au niveau du col.

L'examen montre un col d'aspect extérieur normal, avec une cavité agrandie dans laquelle l'hystéromètre introduit fait apparaître du sang. Urée sanguine, 0,30.

On place une laminaire afin de faire une biopsie, mais celle-ci provoque immédiatement une température à 40°.

On décide une intervention radicale, qui ne peut être que par voie basse, car la malade est très grosse et l'utérus est fixé.

Le 25 juillet 1935, on débute par une anesthésie épidurale qui est excellente.

On fait un débridement vulvaire à gauche.

On résèque une collerette vaginale car le fond du vagin est rétracté. On peut saisir le col. Hémisection antérieure de celui-ci.

Les pinces commencent à déraper sur le tissu utérin qui est friable.

On finit par enlever la moitié droite de l'utérus. Impossibilité de saisir la moitié gauche, tellement elle se déchire. On bascule la malade et on fait une laparotomie médiane, et quoiqu'on soit gêné par l'adiposité de la malade, on enlève la moitié gauche restante.

On n'essaie pas de faire de ligature, tellement la malade est épaisse et la région profonde.

On place deux pinces à demeure sur les pédicules.

On place un Mickulicz. On referme la paroi. On retourne à la voie basse, ce qui permet d'enlever les deux moitiés du col qui étaient encore restées en place.

Pinces à demeure sur les pédicules; tamponnements.

Dans la journée, on fait 50 centimètres cubes de sérum de Vincent, 500 centimètres cubes de sérum salé. Le lendemain, 250 centimètres cubes de sérum salé et 50 centimètres cubes de Vincent.

La température n'a pas dépassé 38°5. L'état général est excellent.

La malade n'a été sondée qu'une fois et a de suite fait ses gaz.

Dans les jours qui suivent, légère réaction fébrile et, le 30, la température devient normale. Le 1<sup>er</sup> août, les mèches tombent spontanément.

La malade part en bon état le 29 août 1935.

*Examen histologique.* — Les fragments examinés sont constitués par un tissu fibreux, dense, en évolution, enserrant des ilots épithéliaux prenant mal le colorant, qui semblent appartenir à une formation épithéliomateuse maligne.

Malade revue. Il n'y a plus de vagin et le fond de la vulve présente un aspect de muqueuse normale souple, Etat général parfait.

Obs. 10 (20.508). — M<sup>me</sup> V..., soixante-trois ans.

Entrée le 25 juin 1934, pour des pertes sanglantes survenues après longue ménopause. Biopsie positive.

Le 27 juin, anesthésie épidurale. La malade crie tellement qu'on est obligé de lui donner du chloroforme à la Reine.

Hystérectomie vaginale après débridement latéral gauche relativement facile, bien qu'il y ait rupture de l'utérus au niveau de l'isthme. 4 pinces à demeure.

Mickulicz.

La malade n'a pas saigné et n'est pas choquée.

On enlève les pinces le 2 juillet.

Bonnes suites immédiates.

Sortie le 11 juillet 1934.

Cette malade a présenté, dans le cours de l'année suivante, une récidue locale qui a été irradiée. Morte de cachexie au bout d'un an.

Obs. 11 (20.658). — M<sup>me</sup> P..., soixante ans.

Entrée le 31 juillet 1934.

Hémorragies utérines depuis plusieurs mois.

Dilatation.

Curettage.

Biopsie positive.

Mauvais état général. Urée sanguine, 0,95.

Le 15 août, hystérectomie vaginale (épidurale et chloro) difficile, parce que l'utérus est énorme.

Ablation des pinces le cinquième jour.

Occlusion secondaire et fistule cæcale qui donne abondamment.

Collapsus cardiaque et renvoyée *mourante* le 25 août 1934.

*Examen histologique.* — Epithélioma cylindrique du corps utérin.

OBS. 12 (21.372). — M<sup>me</sup> C..., cinquante-six ans.

Entrée le 6 février 1935.

Malade envoyée pour des pertes utérines durant depuis plusieurs mois et qui ont succédé à une longue période de ménopause. La malade est très grosse.

A l'examen, on trouve une phlébite du membre inférieur droit avec œdème, qui aurait succédé, paraît-il, à un autre œdème du membre inférieur gauche.

Le toucher ne révèle rien si ce n'est un vagin rétracté. On porte le diagnostic de *néo du corps*.

La malade est amenée à l'hôpital, car sa phlébite a à peu près disparu. On essaie de faire une hystérographie qui est rendue impossible parce qu'on se heurte à une sténose de l'orifice interne. On prépare la malade. Urée sanguine, 0,35.

Le 14 février, anesthésie épidurale complétée par une bouffée de kélène.

Hystérectomie vaginale. Celle-ci est rendue très difficile par la rétraction du vagin, ce qui nécessite une double épiziotomie.

Au moment où on arrive enfin à abaisser l'utérus qu'on se garde d'ouvrir par section des ligaments gauches, on voit qu'à droite il y a une grosse tumeur ovarique comme une grosse orange, vraisemblablement néoplasique. On arrive cependant à l'extirper avec l'utérus et à placer un clan sur le pédicule ovarien.

On termine par un Mickulicz.

Suites excellentes : le 19, on enlève les pinces; le 20, le Mickulicz tombe spontanément et l'état général est excellent.

Sortie le 5 mars 1935.

*Examen histologique* (38.631). — 1° *Tumeur utérine* : Cette tumeur est un épithélioma tout à fait typique des glandes du corps utérin.

2° *Tumeur ovarique* : Le tissu propre de l'ovaire a complètement disparu. Le stroma conjonctif qui subsiste est envahi par un processus

néoplasique reproduisant exactement l'image de la tumeur utérine ci-dessus.

Epithélioma du corps avec propagation à l'ovaire.

Malade revue en excellent état local et général.

Obs. 13 (21.464). — M<sup>me</sup> Le B..., soixante-deux ans.

Entrée le 6 mars 1935.

Malade venant pour des pertes sanglantes datant de plusieurs mois.

A eu son retour d'âge cinq ans auparavant.

Au toucher, petit utérus avec col à orifice punctiforme. Utérus petit et non douloureux. Le canal cervical est extrêmement étroit et on voit sourdre du sang noir. Ne peut accepter un hystéromètre.

On commence la dilatation.

Un coup de curette biopsique ne ramène à peu près rien. L'examen des fragments récoltés est négatif.

Le 20 mars 1935, anesthésie épidurale complétée par une très légère bouffée de kélène au début.

L'utérus s'extériorisant facilement à la vulve, on fait une hystérectomie vaginale très facile. Utérus enlevé en liant les pédicules. Un surjet en bourse ferme le péritoine ; un autre surjet, les tranches vaginales.

*Examen de la pièce.* — L'utérus ouvert présente, vers la corne utérine gauche, une grosse masse polypeuse, comme une noix, blanchâtre. Au contact immédiat de ce polype, il y a des altérations de la muqueuse pouvant faire craindre une dégénérescence.

*Suites.* — Aussitôt après l'intervention, la malade fait une réaction thermique importante, en rapport avec une légère oligurie. Puis, au bout de vingt-quatre heures, tout rentre dans l'ordre.

On vérifie le 1<sup>er</sup> avril : le fond du vagin n'est pas complètement cicatrisé, mais tout va bien.

A partir du 12, la malade fait un léger subictère qui disparaît au bout de quatre jours et la malade sort le 23 avril 1935.

*Examen histologique.* — Epithélioma du corps de l'utérus (une biopsie antérieure n'avait pas montré de lésions de la muqueuse ramenée par curettage).

Obs. 14 (21.650). — M<sup>me</sup> P..., quarante-quatre ans.

Entrée le 11 avril 1935.

La malade vient pour un syndrome hémorragique utérin.

On fait une biopsie (39.263) positive.

Urée sanguine, 0,35.

La malade sort le 12 avril 1935.

La malade revient le 22 avril 1935.

Urée sanguine, 0,27.

Le 25 avril, essai infructueux d'une anesthésie à la percaïne. Anesthésie au chloro.

Hystérectomie vaginale totale, sans ouvrir la cavité utérine.

On place des pinces à demeure qui sont enlevées le 29.

Bonnes suites opératoires.

Sortie le 17 mai 1935.

Revue en excellent état local et général.

OBS. 15 (21.745). — M<sup>me</sup> L..., cinquante-huit ans.

Entrée le 6 mai 1935.

La malade vient pour des métrorragies séparées de quelques années de sa ménopause. Gros utérus à travers une paroi adipeuse qu'on sent mal. Cavité 10/12.

*Curettage*. — Ablation d'une certaine quantité de fragments qu'on envoie au laboratoire.

*Biopsie* (39.393). — Epithélioma cylindrique de la muqueuse du corps.

Urée sanguine, 0,38.

Anesthésie épidurale, excellente, complétée par une bouffée de chlorure d'éthyle.

Epiziotomie large. Section de la muqueuse vaginale.

Libération de la vessie. On arrive très difficilement sur le cul-de-sac vésico-utérin. On fait une hémisection et on arrive à sortir un utérus bourré de noyaux fibreux dont la cavité pleine de masses néoplasiques sphacélées, ganglions au niveau des pédicules.

Mise en place d'un Mickulicz.

Suture du débridement vulvaire.

On enlève les pinces le 12 et la mèche le 13.

*Examen histologique* (39.458). — Epithélioma cylindrique du corps de l'utérus.

Le 15, la malade se lève. Le 24, on vérifie : le fond du vagin est sensible; il y a quelques suintements vaginaux; la zone intermédiaire entre la muqueuse et la peau offre une surface losangique non cicatrisée.

Sortie le 25 mai 1935.

La malade revient le 22 août 1935, pour des métrorragies importantes.

A l'examen, on s'aperçoit que le fond du vagin est envahi par des masses néoformées qui saignent abondamment.

Rétablissement d'un drainage avec drain de Carrel.

Sortie le 5 septembre 1935.

La malade revient le 19 septembre, en vue d'une application de radium; mais elle saigne si abondamment qu'on est obligé de placer un tamponnement et on renvoie la malade chez elle.

Morte, en décembre 1935, de récidence locale.

OBS. 16 (30 C1). — M<sup>me</sup> P..., cinquante-cinq ans.

Entrée le 14 mars 1935, pour les signes habituels d'un néo du corps de l'utérus. Biopsie positive.

Le 20 mars 1935, hystérectomie vaginale avec débridement latéral.

Suites sans incidents.

Malade revue en excellent état.

OBS. 17 (47 C1). — M<sup>me</sup> F...

Entrée le 26 avril 1935, pour des pertes sanglantes survenues après ménopause.

On fait le diagnostic de cancer du corps de l'utérus.

La malade étant obèse, on intervient par la voie basse.

Hystérectomie totale par la voie vaginale après épидurale de bonne qualité.

Ablation de l'utérus sans hémisection.

Pincées enlevées le quatrième jour.

Mickulicz le quatrième jour.

Suites excellentes sans incidents.

Revue ces jours-ci en parfait état.

OBS. 18 (23.130). — M<sup>me</sup> G..., soixante-cinq ans.

Entrée le 13 avril 1936.

Malade envoyée pour des pertes utérines qui durent depuis trois ou quatre mois. Son retour d'âge remonte à douze ans.

Femme énorme.

A l'examen, on ne trouve rien de particulier. On voit le sang sourdre en caillots au niveau du col. Cavité 10.

Dilatation pour biopsie.

*Examen histologique* (42.776). — La plupart des fragments soumis à l'examen sont constitués par des caillots infectés. Un seul fragment, le plus petit, provient de la muqueuse utérine et semble être le siège d'un processus néoplasique.

Urée sanguine, 0,20.

Wassermann, 0.

Le 23 avril 1936, anesthésie avec 9 centigrammes de percaïne (très bonne). Hystérectomie vaginale.

Débridement périnéal qu'on poursuit jusqu'au fond du vagin, car il y a une rétraction du fond du dit.

Hystérectomie vaginale par hémisection rendue difficile par la friabilité de la paroi antérieure.

3 pinces à gauche, 2 pinces à droite.

*Examen de la pièce.* — Il s'agit d'un épithélioma ayant envahi toute la paroi antérieure du corps utérin, mais n'allant pas jusqu'au fond qui était encore respecté.

Le 27, on enlève les pinces. Depuis le jour de l'intervention, la température, qui oscillait jusqu'au 38°, est tombée immédiatement pour rester autour de 37°. L'état général est parfait.

Avait reçu du sérum hypertonique le 1<sup>er</sup> juin.

La miction spontanée s'est rétablie dès l'ablation des pinces.

Le 30, le Mickulicz tombe spontanément.

La malade sort le 14 mai 1936.

*Examen histologique* (42.843). — Epithélioma cylindrique du corps de l'utérus.

OBS. 19 (23.136). — M<sup>me</sup> D...

Entrée le 13 avril 1936.

Malade envoyée pour des petites pertes sanguines qui durent depuis trois à quatre mois, alors que son retour d'âge remonte à onze ans.

A l'examen, on trouve un utérus en légère rétroversion. Cavité 7.

Dilatation en vue de biopsie.

*Examen* (42.775). — Hyperplasie cancéreuse de la muqueuse utérine Epithélioma du corps.

Le 25, anesthésie épidurale complétée par kélène.

Débridement vulvaire.

Hystérectomie vaginale sans hémisection.

4 pinces et tamponnement.

*Examen de la pièce.* — L'utérus ouvert montre un néo du corps au niveau d'une des cornes.

*Examen histologique* (42.864). — Epithélioma du corps de l'utérus.

Le lendemain, 500 grammes d'hypertonique.

La malade ne souffre pas; la température tombe à 37°, alors que précédemment elle était en plateau à 38°.

Le 29, on enlève les pinces. La malade urine spontanément.

Le 2 mai, la température, qui avait chuté pendant les cinq premiers

jours qui suivirent l'intervention, remonte; le membre inférieur gauche devient empâté, douloureux; phlébite. La plaie vaginale est en très bon état.

Sort guérie le 2 juin.

OBS. 20 (23.157). — M<sup>me</sup> G..., quarante-neuf ans.

Entrée le 20 avril 1936.

Malade envoyée pour des pertes utérines hémorragiques, depuis deux mois, alors que la malade n'a plus ses règles depuis deux ans.

L'utérus est un peu gros, en rétroversion, avec une grosse annexe droite grosse comme une amande.

On dilate et on fait une biopsie le 22.

*Examen* (42.832). — Epithélioma cylindrique du corps de l'utérus. Urée sanguine, 0,25.

Wassermann, 0.

Le 27, anesthésie avec 9 centigrammes de percaïne (excellente).

Hystérectomie vaginale absolument classique sans débridement vulvaire, sans hémisection.

L'utérus enlevé, on constate qu'il y a deux masses grosses comme des oranges au niveau de chaque ovaire, et qui sont extirpées très facilement en plaçant les pinces au-dessus d'elle.

Tamponnement.

*Examen de la pièce.* — L'utérus ouvert montre le fond envahi par des masses végétantes, et les deux masses ovariennes sont constituées par des tumeurs gélatineuses.

Prélèvement des trois pièces.

*Suites excellentes.* — Chute de la température. La malade n'a reçu aucun soin particulier.

Ablation des pinces le 1<sup>er</sup> mai, la malade urine seule depuis deux jours.

Dans les jours qui suivent, la malade fait un peu de température due à une petite congestion pulmonaire.

*Examen histologique* (42.875). — Les lésions sont identiques dans l'utérus et l'ovaire. Ces deux organes sont le siège d'un néoplasme du type cylindrique développé aux dépens des glandes du corps utérin. Les lésions ovariennes reconnaissent la même origine.

Sortie le 13 mai 1936.

Un premier fait à signaler est la faible mortalité, car sur 20 observations nous ne trouvons que 2 morts, l'une par mort subite, l'autre par infection, soit 10 %.

Si l'on songe que ces hystérectomies n'ont été faites que chez des femmes obèses ou dont l'état général était particulièrement déficient, on se rend compte de suite de la bénignité relative de la voie basse.

En dehors de cette faible mortalité, il existe un point sur lequel nous voudrions insister : la bénignité des suites opératoires.

Il ne faut pas toujours, en effet, considérer uniquement les résultats brutaux de malades arrachées au prix de quels soins à la mort dans les jours qui suivent. Mais il faut considérer le calme de ces opérées, la faible atteinte du myocarde, la tranquillité morale concernant et la malade et l'opérateur.

Or, l'une des caractéristiques des courbes du pouls et de la température est que l'on dépasse exceptionnellement le 38 et que les pulsations atteignent à peine 100 dans les trois jours qui suivent.

En un mot, chez ces malades, la *maladie opératoire* est réduite à sa forme la plus bénigne.

Nous avons pu retrouver 17 malades sur les 18 survivantes après l'opération.

4 malades sont mortes de récurrence, respectivement : quatre ans, un an et demi, un an, six mois.

Une malade est morte au bout de sept ans, de congestion pulmonaire. Toutes les autres, 13, ont été revues et sont en bon état. Il faut bien faire remarquer que toutes ces interventions sont de date trop récente pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes.

Il est cependant un point très important à signaler parce qu'il va en découler une modification de technique. Quatre malades sont mortes rapidement de récurrence. Or, chez ces malades, on avait été obligé de pratiquer une hémisection. C'est là une pratique que tous les auteurs s'accordent pour condamner. Mais nécessité fait loi et l'hémisection fut faite parce qu'on y a été contraint par les difficultés de l'exérèse.

Quoi qu'il en soit, et pour éviter la contamination, nous pensons que toutes les sections de tissus devraient être faites au bistouri électrique et qu'il faut tout faire pour éviter l'hémisection.

## CHAPITRE V

# DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

---

### PRÉPARATION DE LA MALADE

Il importe de préparer soigneusement les futures opérées. Il faut remonter le cœur, faire fonctionner les reins. Si la malade, ce qui est fréquent, présente des signes nets d'anémie, il ne faut pas hésiter à avoir recours aux transfusions. Cette pratique se généralise à l'Hôpital de Niort où fonctionne, depuis déjà pas mal de temps, un service de transfusion sanguine d'urgence, avec double contrôle régulier de donneurs par le laboratoire de l'Hôpital et le laboratoire du docteur Tzank, à Saint-Antoine.

Il est aussi de pratique courante de faire la veille de l'intervention une injection de 40 centimètres cubes de sérum anti-colibacillaire de Vincent.

### MODE D'ANESTHÉSIE

Les malades sont systématiquement anesthésiées à l'anesthésie régionale; presque toujours on s'est contenté de l'anesthésie épidurale. Il a fallu quelquefois la compléter par quelques bouffées de kélène. Depuis plusieurs mois, on a recours à l'anesthésie rachidienne à la percaïne, pratiquée sur la malade en décubitus ventral. La qualité de l'anesthésie obtenue par ce procédé est très supérieure.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Il s'agit à peu près toujours de vieilles femmes qui ont un vagin rétracté, que ne peuvent déplisser les valves; aussi est-on presque toujours obligé de faire un débridement vulvo-vaginal, comme dans le premier temps du procédé de Schauta.

Quant au mode d'hystérectomie, il n'offre rien de particulier, ni de nouveau en regard des techniques classiques.

Il est très utile cependant de faire l'hystérectomie en un bloc toutes les fois que la chose sera possible. La section utérine (type Doyen) a l'inconvénient d'ouvrir une cavité septique et de permettre l'issue de bourgeons néoplasiques. On évitera ainsi d'infecter la brèche péritonéo-vaginale et de permettre des greffes secondaires sur la zone de débridement. De plus, l'emploi du bistouri électrique est particulièrement à conseiller : étant donné la septicité du milieu, il y a tout lieu de faire appel à ce procédé qui bloque les voies lymphatiques et même veineuses. Nous avons vu faire toutes les amputations du rectum pour cancer avec ce nouvel instrument et le résultat excellent qu'il donne dans ce cas ne peut qu'inciter à l'employer dans l'hystérectomie vaginale.

Il ne sera point fait de ligature; sauf dans des cas de facilités exceptionnelles. On place les pinces à demeure qu'on enlèvera au quatrième jour, et on termine par un tamponnement de la plaie laissée largement ouverte (généralement Mickulicz avec une ou deux mèches).

## SOINS POST-OPÉRATOIRES

Ils sont ceux de tous les opérés. Nous avons toujours fait systématiquement des injections préventives de sérum hypertonique intraveineux, et nous en avons vu le bon effet chez les quelques malades que nous avons été amenés à suivre personnellement.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Toute métrorragie, survenant après un laps de temps plus ou moins long après la ménopause, doit faire songer à un cancer du corps de l'utérus.

Avant d'opérer une femme soupçonnée d'un cancer du corps utérin, il importe d'en établir le diagnostic avec le plus de précision possible : la biopsie est le meilleur des procédés de dépistage.

2° L'expérience clinique ayant prouvé qu'une opération limitée à l'ablation de l'utérus en totalité suffisait à amener la guérison durable du cancer du corps, le procédé le moins dangereux doit être préféré : l'hystérectomie vaginale, d'autant qu'il s'agit le plus souvent de malades tarées (obésité, cœur, reins et poumons déficients).

3° L'hystérectomie vaginale ne doit pas seulement être pratiquée quand l'abdominale ne peut l'être; sa facilité, sa faible mortalité, ses suites opératoires simples, en font le procédé de choix dans le traitement du cancer du corps utérin.

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLÉTY.

Vu :  
*Le Doyen,*  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMREICH (Vienne). — *Trente années d'hystérectomies vaginales pour cancer de l'utérus*, an. XLIV, n° 22, 20 mai 1931, pp. 699-701; cf. *Journ. de Chir.*, t. XXXVIII, n° 6, décembre 1931, p. 918.
- BABCOK. — Technique de l'hystérectomie vaginale. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, n° 2, février 1932.
- BAILLIS (J.). — L'hystérectomie vaginale. — *Journ. Méd. franç.*, n° 1, janvier 1930, p. 2.
- BARCORALI. — L'hystérectomie vaginale. — *Chir. Clin. Milan*, fasc. 1, VIII, janvier 1932.
- BASSET. — A propos de l'hystérectomie vaginale. — *Soc. de Chir.*, séance du 7 novembre 1928.
- BÉCLÈRE (CLAUDE). — L'hystérogographie dans le diagnostic des lésions intra-utérines et des métrorragies fonctionnelles. — *Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XXII, n° 10, 1933, p. 815.
- BLACK (S.-O.). — Vaginal hysterectomy. Its indications advantages and technic. — *South surgeon*, 3 décembre 1934, pp. 271-276.
- BLUM. — L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. — *Thèse de Paris*, 1929; Legrand, éditeur.
- BONNET (P.). — Cancer du corps utérin du type malpighien, propagation probable d'un cancer du col. — *Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 20 janvier 1927, in *Lyon chir.*, t. XXIV, n° 4, juillet-août 1927, p. 408; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 2, août 1928, p. 187.
- ID. — Cancer total de l'utérus. — *Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 9 décembre 1926; C. R. in *Lyon chir.*, n° 2, 1927, p. 216; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 2, avril 1928, p. 187.
- BRANSCOMB (L.). — Occurrence of cancer in uterine cervical stump after supra-vaginal hysterectomy. — *Am. J. Obst. and Gyn.*, 20 juillet 1930, pp. 66-69.
- CAVILLE. — L'hystérectomie vaginale. — *Centre médical*, juillet 1932.
- DATNOW (M.). — Vaginal hysterectomy. — *Proc. roy. Soc. méd.*, 27 avril 1934, pp. 761-768.
- DELBET (P.). — Documents statistiques pour servir à l'histoire de l'hystérectomie vaginale. — *Paris chir.*, XII, 1920, pp. 166-191.
- DOUAY. — Examen au lipiodol dans le cancer du corps de l'utérus. — *Soc. d'Obst. et Gyn.*, séance du 8 juillet 1929; *Bull. de la Société d'Obst. et Gyn.*, t. XVIII, n° 7, 1929, p. 447.

- EASTMAN (O.-N.). — Vaginal hysterectomy. — *New England J. méd.*, 212, 17 janvier 1935, pp. 87-91.
- EYMER (H.). — Sollen die Gebärmutterbrekrebse operiert oder bestrahlt werden ? Les cancers de l'utérus doivent-ils être opérés ou irradiés. — *Strahlentherapie*, Berlin, 24, n° 1, 1926, pp. 149-152; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 2, août 1928, p. 191.
- FARRAR (L.-K.-P.). — Report of mayo operation (vaginal hysterectomy) performed on 2 patients each over 70 years of age and vone under spinal anesthesia. — *S. clin. Nort. America*, 10 juin 1930, pp. 585-593.
- FAURE (J.-L.). — Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. — *Presse méd.*, t. 1, 1930, p. 705.
- FOBE (HENRI). — Métastase cancéreuse de l'acromion secondaire à un cancer du corps utérin opéré depuis plus de six ans et non récidivé localement. — *Gyn. et Obst.*, t. 32, n° 3, septembre 1935, p. 247.
- FRANZ (GEORG-DIETEL) et FISEN (IRENE-STEFFAN). — Zur Aetiologie, Häufigkeit und Behandlung der Uterus Karzinome. (L'étiologie, la fréquence et le traitement du cancer de l'utérus.) — *Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 50-51, 12 et 19 décembre 1930; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XXV, n° 5, mai 1932, p. 401.
- GELLHORN (G.). — Vaginal hysterectomy under local anesthesia. — *Surg. Gyn. Obst.*, 51, octobre 1930, pp. 480-490.
- GREEN ARMYTAGE. — A Plea for vaginal hysterectomy in india, its indications and techniques. — *The Indian Medical Gazette advertiser*, novembre 1928, p. 613.
- GUILD (W.-A.). — Vaginal hysterectomy without clamps or ligatures. — *J. Am. Inst. Home*, janvier 1930, pp. 23-60-62.
- HAMANT et VICHARD. — A propos du traitement du cancer du corps utérin. — *Bull. de la Soc. d'Obst.*, t. XXIII, n° 9, 1934, p. 650.
- HEALY (W.-P.) et CUTLER (New-York). — Irradiation et traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus. — *The American Journal of Obstetric and Gynecology*, vol. XIX, n° 4, avril 1930, pp. 457-89; cf. *Journ. de Chir.*, t. XXXVI, n° 2, août 1930, p. 331.
- ID. — Radiation and surgical treatment of carcinoma of the body of the uterus. (Traitement radiothérapique et chirurgical du carcinome du corps de l'utérus.) — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, n° 4, avril 1930; cf. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, t. XXVII, n° 2, février 1933, p. 177.
- HEANCY (N.-S.). — Series of 627 vaginal hysterectomies performed for benign disease with 3 deaths. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 30, août 1935, pp. 269-272.
- HELD (E.). — Contribution à la curiethérapie des cancers du corps de l'utérus. — *Gyn. et Obst.*, t. XXX, n° 3, septembre 1934, p. 250.
- HORSLEY (J.-S.). — Vaginal hysterectomy its indications and technic. — *Virginia M. Monthly*, 57, avril 1930, pp. 11-18.
- ID. — Vaginal hysterectomy with special reference to its employment in cancer of fundus of uterus. — *A. M. J. Surg.*, 24 juin 1934, pp. 582-594.

- KAMNIKER (Vienne). — A propos du traitement du cancer du corps utérin. — *Wiener Kleinische Wochenschrift*, an. XLIV, n° 35, 28 août 1931, pp. 1107-1110; cf. *Journ. Chir.*, t. XXXIX, n° 4, avril 1932, p. 617.
- KENNEDY (J.-W.) (Philadelphie). — L'hystérectomie vaginale et ses indications. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, vol. XIII, n° 4, avril 1927, pp. 506-511; cf. *Journ. de Chir.*, t. XXX, n° 3, septembre 1927, p. 379.
- LAFFITTE (H.). — Quelques remarques sur le cancer du corps utérin. — *Actualité médico-chirurgicale*, n° 8, novembre 1934, et *Pratique médicale française*, n° 1, 1935.
- LECLER. — Cancer du corps de l'utérus. Son diagnostic par l'exploration intra-utérine. Résultats immédiats et éloignés. Indications opératoires. — *Presse méd.*, 20 juin 1934.
- LENORMANT (C.). — Le centenaire de l'hystérectomie vaginale. Santer et Récamier. — *Presse méd.*, Paris, XXXI (annexe), 1923, pp. 1061-1066.
- LONG (W.). — Vaginal hysterectomy. — *J. Oklahoma M. A.*, 27 septembre 1934, pp. 307-310.
- LUGE (M.-J.). — Algunas consideraciones con motivo de la histerectomia vaginal y a manero de biologo. — *Rev. Méd. de Bogota*, 44, février-mars 1935, pp. 1093-1122.
- LUZUY (MAURICE). — Quelle place faut-il conserver à l'hystérectomie vaginale dans la chirurgie moderne ? — *Gaz. méd. de France*, 15 avril 1932, pp. 283-289.
- Id. — L'hystérectomie vaginale. — *Thèse de Paris*, 1931.
- Id. — Hystérectomie vaginale. Etude critique des indications et des techniques. — *Presse méd.*, 13 janvier 1932.
- MARTIGNY (DE). — Des indications de l'hystérectomie vaginale. — *12<sup>e</sup> Congrès de Médecine de langue française de l'Amérique du Nord*, 6 et 8 septembre 1932, n° 99, 10 décembre 1932.
- MICKULICZ-RADECKI (T.-V.). — Diagnose der im cavum uteri gelgenen Tumoren Mittels Hysteroskopie. (Le diagnostic des tumeurs de la cavité utérine par l'hystéroscopie.) — *Zentralblatt für Gynakologie*, t. LIV, n° 16, 19 avril 1930; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XXIII, n° 5, mai 1936, p. 452.
- MILLER (G. BROWN). — Surgery radiotherapy in the treatment of tumors of the uterus. (L'intervention chirurgicale contre la radiothérapie dans le traitement des tumeurs de l'utérus.) — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, t. XIV, octobre 1927, pp. 530-537; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 2, août 1928.
- MURET (Lausanne). — A propos du curettage explorateur. — *Revue médicale de la Suisse romande*, t. LI, n° 3, 10 mars 1931; *Presse méd.*, n° 32, 22 avril 1931, p. 66, supplément.
- NOVAK (EMIL). — Ovarian metastasin with cancer of the utérine body. Is transtubal implantation an important factor? (Métastase ovarienne dans le cancer du corps de l'utérus. La greffe transtubaire est-elle un facteur important ?) — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, t. XIV, n° 4, 6 octobre 1927, pp. 470 à 486; cf. *Gyn. et Obst.*, 1928, t. XVIII, n° 2, août 1928.

- OPPERT. — 15 cas de radiumthérapie du cancer de l'utérus. Etude statistique. — *Ass. franç. pour l'avancement des sciences*, Congrès de Grenoble, 1926; *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 2, août 1928, p. 186.
- OTTINGER (R.-C.). — Vaginal hysterectomy its history indications and complications. *J. Indiana M. A.*, 282, 20 à 25 janvier 1935.
- PALINER (A.-C.). — The age incidence of carcinoma of corporis uteri. (L'âge du cancer du corps utérin.) — *Proc. of the Royal Soc. of Méd. (Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Londres, janvier 1928), t. XXI, p. 367; cf. *Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 2, août 1928.
- PAUCHET (V.). — Quelques indications d'hystérectomie vaginale à propos de deux cas récents. — *Soc. de Chir. de Paris*, n° 6, séance du 15 mars 1929, p. 256; *Paris chir.*, n° 3, mai 1929, p. 90; *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 6, séance du 15 mars 1929, p. 256.
- Id. — Quelques indications de l'hystérectomie vaginale. — *Presse méd.*, 23 mars 1929, p. 393.
- PAVLOVSKY (A.-J.). — La Histerectomia vaginal simple. — *Semana méd.*, 1, 6 juin 1935, pp. 1635-1641.
- Id. — L'hystérectomie vaginale simple. — *Bol. y trab. Soc. chir.*, Buenos-Ayres, 31 octobre 1934.
- PELLANDA. — Technique moderne de l'hystérectomie vaginale : la subtotalé vaginale. — *Lyon chir.*, t. 26, n° 1, 1929, p. 50.
- PETIT (R.). — L'hystérectomie vaginale, technique et indications. 123 cas consécutifs sans accidents. — *La Gyn.*, an. XXVII, mars 1928, pp. 129-153; *Journ. de Chir.*, t. XXXII, n° 3, septembre 1928, p. 365.
- PINSAU (J.-R.). — Deux cas de métastases de cancer du corps utérin. — *Soc. de Gyn. et Obst.*, t. XVIII, n° 7, 1929, p. 518.
- PRESTON (W.-F.). — Vaginal hysterectomy. — *Delaware State M. J.*, t. 5, juin 1933, pp. 129-133.
- REGNAULT (J.). — Emploi de l'anesthésie locale et régionale pour l'hystérectomie vaginale. — *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, 26 mars 1931, pp. 137-143.
- RICHARD (ANDRÉ). — Les indications modernes de l'hystérectomie vaginale. *La Médecine*, n° 5, avril 1929, p. 302.
- REGOUIN et MEJEUDRE. — Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes graves. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XXI, n° 2, 1932, p. 121.
- RENNEDY (J.-W.). — Vaginal hysterectomy clamp method. — *Southwestern Méd.*, 19 avril 1935, pp. 127-131.
- ROFFO (A.-H.). — Résultats du traitement du cancer de l'utérus. — *Boletín del Instituto de medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, an. VII, n° 24, juillet 1930, pp. 768-774; cf. *Journ. de Chir.*, t. XXXVII, n° 4, avril 1931, p. 622.
- ROSENSTEIN (W.). — Die vaginale uterus extirpation subpartu. — *Monatschr. f. Geburtsch., Gynal.*, 94, juin 1933, pp. 282-288.
- SCHILLING (W.) (Leipzig). — Résultats éloignés du traitement du cancer de l'utérus à la Clinique gynécologique de l'Université de Leipzig (directeur : Stoeckel), pendant les années de 1923 à 1926. — *Zentralblatt für*

- Gynäkologie*, an. LVII, n° 41, 14 octobre 1933, pp. 2422-2425; cf. *Journ. de Chir.*, t. XLIV, n° 1, juillet 1934, p. 143.
- SCHOCKAERT (R.). — Diversion complète de la vessie consécutive à une hystérectomie vaginale. — *Bruxelles méd.*, 6 novembre 1932.
- SÉJOURNET (M.-P.). — Utilité de l'hémostase par ligature au cours de l'hystérectomie vaginale. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, n°s 5-9, mars 1934.
- SHELTON HIRSLEY (J.) (Réchmond). — Hystérectomie vaginale et plus particulièrement sur son emploi dans le traitement du cancer du fond de l'utérus. — *The Am. Journ. of Surg.*, vol. 24, n° 3, juin 1934, pp. 582-594; cf. *Journ. de Chir.*, t. 45, n° 31, mars 1935, p. 499.
- SPALDING (A.-B.). — Hemostatis in vaginal hysterectomy for procidentia. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, novembre 1926, p. 655.
- STRACHAN (GILBERT-I.). — Vaginal metastases in carcinoma of the body of the uterus. (Métastases vaginales dans le cancer du corps utérin.) — *Proc. of the Royal Soc. of Med.*, décembre 1930; *Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XXIV, n° 1, pp. 117-121.
- STIERLIN (L.). — Zin Behandlung des Propbecurrettements und der Probe-rexzion. (La signification du curettage et de l'excision d'épreuve.) — *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n°s 5 et 6, 2 et 9 février 1929; *Gyn. et Obst.*, t. XIX, n° 5, mai 1929, p. 399.
- TIXIER et POLLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin. Etude clinique et statistique. — *Lyon chir.*, 1931, t. XXVIII; *Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 16 octobre 1930, p. 95.
- ST-VAN TOT (Budapest). — Indications et technique de l'hystérectomie vaginale. — *Communication au XXI<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allemande de Gyn.*, in *Archiv für Gyn.*, t. CXXXVII, fasc. 3, 1929, pp. 902-906; cf. *Journ. de Chir.*, t. XXXVI, n° 1, juillet 1930, p. 129.
- VANVERTS. — Le traitement du cancer du corps utérin par l'hystérectomie abdominale subtotal. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XIX, n° 6, 1930, p. 435.
- VIOLET (Lyon). — Diagnostic et traitement du cancer du corps utérin. — *Presse méd.*, 24 octobre 1931, p. 1565.
- VIOLET (H.). — Une modification à la technique des hystérectomies vaginales difficiles. La section des ligaments utéro-sacrés immédiatement après la péritomie. — *Soc. nat. de Méd. et des Soc. méd.*, séance du 17 décembre 1930.



